

Lunedì 08 LUGLIO 2013

Assicurazioni. Lorenzin incontra i ginecologi: “Scadenza del 13 agosto è all’attenzione del ministero”

Lo ha sottolineato il ministro della Salute incontrando l’Agoi e la Sigo. Chiesta una proroga del provvedimento. Al centro dell’incontro anche la salute della donna. E il ministro annuncia che presto saranno messi in rete i centri di eccellenza per le patologie femminili.

Una delegazione composta dal Presidente Agoi Vito Trojano, dal Segretario nazionale Antonio Chiantera, dal Presidente Sigo Nicola Surico e dal collega ginecologo, on. Benedetto Fucci, Segretario della Commissione Affari Sociali della Camera, è stata ricevuta il 4 luglio scorso dal Ministro della salute.

Obiettivo dell’incontro “stabilire un rapporto diretto con il Ministero per avviare un percorso comune all’insegna del confronto e dell’operatività sulle problematiche della categoria”. Responsabilità professionale, contenzioso, medicina difensiva, assicurazioni sono tutti temi interconnessi che possono essere risolti solo lavorando in sinergia con le società scientifiche, hanno ribadito i ginecologi. Da parte sua il Ministro ha offerto “la massima disponibilità a individuare insieme ai rappresentanti delle società scientifiche le soluzioni più idonee ad affrontare e risolvere i problemi”. “Sono a disposizione della categoria – ha detto Lorenzin – Come ministro e come donna sono sensibile ai temi della salute femminile e alle istanze che provengono dai ginecologi, i medici della donna” e ha accennato ad alcune iniziative che intende avviare o potenziare, come la messa in rete di centri di riferimento d’eccellenza per patologie femminili (ospedali della donna).

Tra i temi affrontati nel corso dell’incontro, uno spazio particolare hanno avuto le problematiche assicurative. “L’avvicinarsi della scadenza del 13 agosto, data in cui scatterà l’obbligo di copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie, preoccupa fortemente la nostra categoria” hanno detto i ginecologi chiedendo una proroga di questo termine e l’impegno del Ministero a risolvere il problema assicurazioni.

“Conosco bene la gravità delle problematiche assicurative e siamo all’opera per trovare una soluzione – ha assicurato il Ministro. È un problema grave per tutti i medici, e in particolare per le categorie più a rischio, come i ginecologi e gli ortopedici”. “Abbiamo aperto dei tavoli su responsabilità professionale e assicurazioni, con l’ANIA, e inoltre sono al vaglio delle strutture ministeriali competenti una serie di misure per colmare varie lacune anche con il coinvolgimento del Ministero per lo sviluppo economico”. Il Ministero inoltre ha avviato dei contatti anche con alcuni broker assicurativi stranieri specializzati in RC sanitaria e sta valutando alcune esperienze positive di altri Paesi che potrebbe fungere da modello di riferimento .

Tra i primi passi a riguardo, hanno sottolineato i ginecologi, è necessario fissare quanto prima un tetto minimo e massimo ai risarcimenti ed equiparare le tabelle di indennizzi nelle varie Regioni. Importante inoltre valutare anche le esperienze di autoassicurazione (Fondi regionali) avviate da alcune Regioni, come Piemonte ed Emilia Romagna.

Altri punti al centro dell’incontro quelli connessi alla responsabilità professionale: “Bruciamo denaro su due altari, quello della medicina difensiva e del contenzioso medico legale, con i costi dei tribunali” hanno detto i ginecologi ribadendo il diritto “a lavorare con serenità senza il fantasma della Procura della Repubblica in sala parto”. In tempi di crisi come questa, la medicina difensiva e il contenzioso

medico legale fanno sprecare miliardi, denaro sufficiente a fare una finanziaria. Ma se il problema della responsabilità medica non verrà affrontato a livello legislativo il fenomeno non verrà mai risolto”.

I tagli cesarei sono un esempio emblematico di medicina difensiva e anche misure come l’equiparazione dei costi tra parto naturale e cesareo fatta dalla Regione Lombardia si sono dimostrate deludenti in termine di riduzione di Tc. Per disinnescare il meccanismo perverso del contenzioso occorre affrontare con forza la colpa medica, a partire dall’articolo 3 della Legge Balduzzi.

Da ottobre via alla sanità europea cure all'estero, l'Asl paga il conto

►Gli italiani potranno scegliere di ricoverarsi in ogni ospedale Ue

ROMA Cure senza frontiere nell'Unione Europea. Dal prossimo 25 ottobre i pazienti della Ue potranno liberamente scegliere dove farsi visitare, curare o operare. Da quel giorno cioè un italiano avrà la possibilità di sottoporsi ad un intervento a Parigi, Londra e Stoccolma o un finlandese di venire da noi. La direttiva europea 2011/24 dà indicazioni e scadenze uguali per tutti gli Stati in modo che per l'autunno sarà possibile far viaggiare i pazienti con le stesse procedure amministrative, le stesse tariffe e un universale riconoscimento delle prescrizioni mediche.

Massi alle pag. 10 e 11

Curarsi in Europa da ottobre si potrà scegliere e pagherà la Asl

►Sanità senza frontiere
la nuova direttiva
coinvolge tutti i Paesi

**CONTO ALLA ROVESCIA
PER L'ORGANIZZAZIONE
LA PRESCRIZIONE
AVRÀ LO STESSO
VALORE A OSLO
COME A BUCAREST**

LA SCADENZA

ROMA Malati senza frontiere in Europa. Mancano poco più di tre mesi al 25 ottobre, giorno in cui i pazienti della Ue potranno liberamente scegliere dove farsi visitare, curare o operare. Da quel

giorno un italiano avrà la possibilità di sottoporsi ad un intervento a Parigi, Londra e Stoccolma o un finlandese di venire da noi. Da oltre due anni la Ue ha votato questa direttiva. Ora, tutti i Paesi, stanno con il fiato sul collo e hanno messo in moto la mac-



china organizzativa in gran fretta. Dal momento che, alcune pratiche burocratiche, dovrebbero essere pronte entro il 24 agosto. In piena estate.

LE SCADENZE

La direttiva europea 2011/24 dà indicazioni e scadenze uguali per tutti gli Stati in modo che per l'autunno sarà possibile far viaggiare i pazienti con le stesse procedure amministrative, le stesse tariffe e un universale riconoscimento delle prescrizioni mediche. Una mega rivoluzione che riguarda 600 milioni di cittadini, 2 milioni di medici e 20 milioni di infermieri.

In burocratese la rivoluzione si chiama "Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera", in pratica è un'apertura delle frontiere in corsia. Una sorta del Trattato di Schengen della salute. Regolato da norme identiche che, per alcuni dettagli, sono ora in costruzione. Il ministero della Salute ha appena istituito un gruppo operativo per affrontare il passaggio nella sanità europea. Che vuol dire omologare i prezzi, coinvolgere le Regioni in questa operazio-

ne, studiare nuove procedure amministrative e il sistema per far riconoscere a Londra, Bucarest e Oslo la stessa prescrizione medica. Che vuol dire partire ma anche accogliere pazienti che arrivano dalla Gran Bretagna, come dalla Romania.

I CONTACT POINT

«Abbiamo appena creato il cosiddetto "Contact point" come indica la direttiva - spiegano al ministero della Salute -. Un punto di contatto nazionale che coordinerà le attività che ruotano attorno a questo tipo di assistenza. A seguire nasceranno dei "Contact point" regionali per smistare la domanda che arriverà da fuori e quella interna per partire». Sul sito del ministero figureranno, per gli stranieri, tutte le strutture di eccellenza indicate per ospitare gli stranieri.

Ogni Paese avrà la sua lista. Ai singoli Stati resta l'autonomia di prevedere un sistema di autorizzazione preventiva. L'Italia sta correndo verso l'appuntamento del 24 agosto e poi del 25 ottobre ma anche gli altri non sembrano essere così pronti alla scadenza.

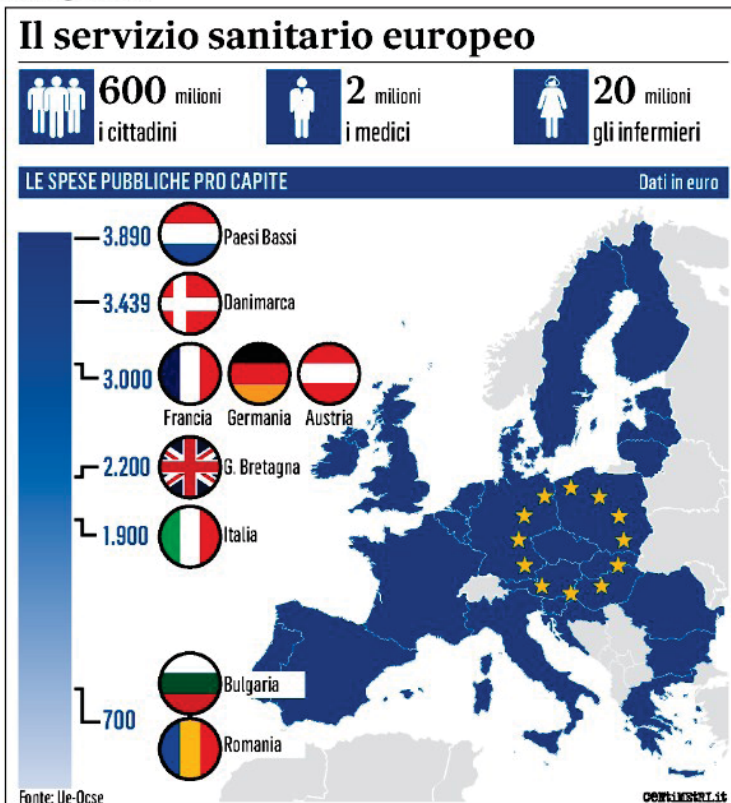
Hanno avuto quasi due anni di tempo per armonizzarsi ma tutto si sta decidendo ora. Le associazioni dei pazienti della Ue sono pronti a chiedere uno slittamento delle date.

IL MINISTRO

Beatrice Lorenzin, ministro della Salute, legge in positivo questo tsunami sanitario-amministrativo alle porte. «Sarà un'occasione per noi. Non nascondo che può preoccupare una simile organizzazione ma potrebbe essere un modo per metterci in mostra. Per far conoscere le nostre eccellenze. Stiamo lavorando sui finanziamenti dei nostri ospedali che saranno destinatari delle scelte dei pazienti stranieri. Oggi abbiamo malati che si spostano da una Regione ad un'altra, a tempi brevi avremo una circuitazione europea. Finalmente non si parlerà soltanto di malasanià. So che diversi Paesi si sono già fatti avanti per stipulare accordi con le nostre strutture».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

FARMACEUTICA, UN VALORE IN CRISI

La farmaceutica italiana - in larga parte "figlia" delle multinazionali - è una realtà economica: 26 miliardi di valore, 174 fabbriche, 63.500 addetti. Ha ragione il presidente dell'associazione appena rieletto, Scaccabarozzi, nel dire che il settore è una leva di sviluppo, non un costo. Ma la crisi colpisce: 11.500 posti di lavoro in meno (soprattutto informatori) in 6 anni, preoccupano. La farmaceutica è comunque un costo per lo Stato: 14 per cento della spesa sanitaria, anche se la più bassa in Europa e in calo del 3 per cento da sei anni. Per stare al passo Farindustria chiede meno burocrazia, più efficienza e tempi rapidi per l'immissione di nuovi medicinali nel mercato. Le stesse richieste degli ultimi anni, in pratica, però legittime per chi deve investire. Ma sono sempre rimaste lettera morta. Perché? Forse gli industriali del farmaco sono visti come i "ricchi", quelli che sfruttano il bisogno di salute delle persone? Difficile dirlo. Tuttavia la vicenda (raccontata da *Salute* martedì scorso) dei due antitumorali prodotti da Roche e Sanofi, in vendita a totale carico dei cittadini per 6 mila e 4 mila euro, non giova certo all'immagine delle industrie. Le cure anticancro non possono essere un privilegio per pochi.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dolore

A Firenze il gran consulto Impact

a tre anni dalla legge: sulla terapia

antalgica **fare più informazione**

Oppioidi, troppe resistenze ed è abuso di antinfiammatori

MICHELE BOCCI

Gli specialisti italiani riuniti per dire no al dolore. Non solo quello dei malati terminali ma anche quello cronico, post operatorio, traumatico. A Firenze si è svolto il congresso Impact, dove ben 65 società scientifiche si sono date appuntamento per incrementare nei medici la cultura dei farmaci contro la sofferenza. La filosofia dell'incontro è sintetizzata nella frase «Closing the gap», cioè annullare la distanza che ancora c'è tra la richiesta di interventi contro il dolore e la risposta dei professionisti. Troppe persone soffrono ancora inutilmente.

Si è cercato anche di approfondire una tendenza tutta italiana, quella che prevede l'uso degli antinfiammatori non steroidei anche per pazienti che potrebbero essere trattati con i farmaci oppioidi. Il nostro paese è tra i primi al mondo nell'uso dei primi prodotti, per cui si spendono 500 milioni di euro all'anno contro i 140 dei secondi. Tra l'altro gli antinfiammatori aumentano anche il rischio cardiovascolare. La letteratura scientifica continua a evidenziare gli effetti avversi indotti da questi medicinali, come ha confermato un recente articolo di *Lancet*. Tra l'altro ci sono molti pazienti che li assumono per periodi di tempo molto lunghi, cosa che aumenta la pericolosità. Il problema sono le prescrizioni non appropriate. Al con-

trario di quello che molti pensano, gli oppioidi, se usati in modo corretto, danno grande giovamento e hanno effetti collaterali ridotti.

In Italia c'è una legge, la 38 del 2010 che ci ha posti all'avanguardia in fatto di cura del dolore ma che purtroppo non viene applicata in modo uniforme. Solo in pochi ospedali, ad esempio, si cerca di valutare il dolore dei ricoverati attraverso un questionario specifico grazie al quale si può dosare la terapia antalgica. «Per portare a sistema quanto sancito dalla normativa, occorre investire sulla formazione della classe medica, in particolare delle nuove generazioni, partendo dai percorsi universitari, e sull'informazione all'opinione pubblica, entrambe da sviluppare in modo sempre più capillare», ha detto Gian Franco Gensini, Presidente del Comitato scientifico Impact proactive e ordinario di Medicina interna a Firenze. «Per questo abbiamo coinvolto molte società scientifiche — spiega il professore — Abbiamo creato dei gruppi di lavoro e a tutti alla fine abbiamo chiesto di sintetizzare in una diapositiva cosa può essere fatto nella loro specialità per ridurre il dolore dei pazienti».

A Firenze si è parlato anche del dolore dei soggetti fragili, come anziani e bambini, che hanno difficoltà a comunicare la loro sofferenza. «Nonostante il dolore pediatrico sia un sintomo "impegnativo" per il bambino e la sua famiglia, e le terapie oggi disponibili permettano un suo efficace con-

trollo, oggi rimane un problema sottotrattato», ha detto Franca Benini, responsabile del Centro regionale veneto di terapia Antalgica e cure palliative pediatriche a Padova. «Più dell'80% dei ricoveri ospedalieri pediatrici sono dovuti a patologie che presentano anche dolore». Riguardo agli anziani, il problema sono le alterazioni delle funzioni cognitive, che non li rende capaci di spiegare di quale tipo di dolore soffrono, quanto dura e dove è localizzato.

E durante Impact sono stati presentati anche i dati del progetto Teseo per la formazione dei medici di medicina generale promosso dalla società scientifica della categoria. Sono stati selezionati 21 dottori che ne hanno formati 335 per sensibilizzarli sul modo di affrontare il dolore. Un primo traguardo raggiunto è stato quello di far aumentare le visite specifiche per la sofferenza. Quasi 3 mila pazienti sono stati inseriti in un registro di cure palliative precoci. Agenas, l'agenzia della sanità delle Regioni, ha avviato invece un progetto, si chiama Arianna, per studiare su scala nazionale l'accesso alle cure palliative domiciliari per i malati con patologie croniche, in fase evolutiva.

«Non basta un uomo, non basta una legge per sconfiggere il dolore, ma occorre la sensibilità e l'impegno corale di tutti gli addetti ai lavori», ha concluso Guido Fanelli, Presidente della Commissione ministeriale Terapia del Dolore e Cure Palliative.

Molte persone ancora soffrono inutilmente. Il progetto Teseo per la formazione dei medici e quello Arianna dell'Agenas sulle cure palliative precoci

IL PERCORSO DEL DOLORE

Dalla zona dello stimolo doloroso alla corteccia sensoriale

I TIPI DI STIMOLI

che possono provocare dolore



1.

I recettori sensoriali trasmettono gli stimoli del dolore mediante le fibre nervose periferiche al midollo spinale, nella colonna vertebrale

Stimolo del dolore

2.

Gli impulsi del dolore, mediante le cellule nervose, arrivano al talamo e dopo alla corteccia sensoriale del cervello dove diventa dolore cosciente

Corteccia cerebrale

Talamo

Colonna vertebrale

3. COSA SUCCEDDE NEL CERVELLO

Cellula nervosa

Sostanza P
Neurotrasmettitore specifico del dolore



Cellula nervosa

Percezione del dolore

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

ANALGESICI

Percorso del dolore con analgesico

Agiscono sui tessuti danneggiati, inibendo gli enzimi che stimolano i recettori del dolore



NEL CERVELLO

Cellula nervosa

Sostanza P
Neurotrasmettitore specifico del dolore



Cellula nervosa

Il dolore è moderato

OPPIACEI

Percorso del dolore con oppiacei

Agiscono sul sistema nervoso centrale bloccando i neurotrasmettitori specifici del dolore



NEL CERVELLO

Cellula nervosa

Sostanza P
Neurotrasmettitore specifico del dolore



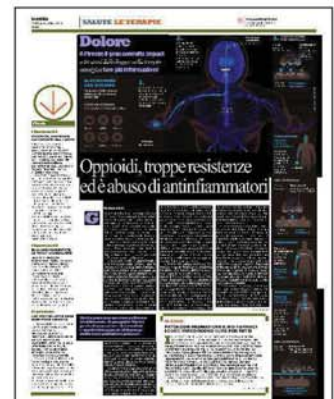
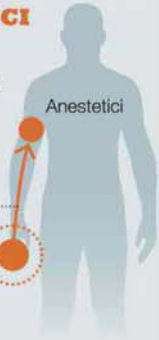
con anestetici e oppiacei il dolore è assente

ANESTETICI

Riducono la trasmissione degli impulsi del dolore a livello periferico

Anestetici

Percorso del dolore con anestetici



quotidiano**sanità**.it

Martedì 08 LUGLIO 2013

Commissioni Bilancio e Affari Sociali. Ordini medici e farmacisti (e tanti altri) in audizione

Trovare risposte adeguate alla sostenibilità del Ssn, senza passare attraverso tagli lineari che non si sposano con i principi di equità e universalità. Questo il filo conduttore delle audizioni in Commissioni Bilancio e Affari sociali che ha visto protagoniste Federazioni e Associazioni del mondo della salute.

Continuano le audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica sulla sostenibilità del Ssn. Protagonisti di questa giornata, le principali Federazioni e Associazioni di categoria e i rappresentanti dei sindacati medici che sono stati ascoltati dalle Commissioni riunite di Bilancio e Affari sociali della Camera: la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), la Federazione delle società medico-scientifiche italiane (Fism), la Federazione veterinari e medici (Fvm) e Federazione patologici clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (Fassid). E ancora la Federazione ordini farmacisti italiani (Fofi) e Federfarma; l'Associazione nazionale dentisti italiani (Andi) e Assobiomedica. Auditi poi il Sindacato dei medici italiani (Smi), il Sindacato nazionale farmacisti dirigenti del Ssn (Si.na.f.o.) e il Segretariato italiano giovani medici (Sigm). Sul tappeto la sostenibilità del Ssn e la necessità di garantire i Lea. Ma anche proposte e soluzioni per uscire dell'impasse.

Gli interventi in sintesi per ordine di intervento (*per il testo integrale clicca sul nome quando sottolineato*).

Sergio Bovença, Presidente Omceo Grosseto per la Fnomceo. "Il Ssn non può sopportare ulteriori politiche di defianziamento pubblico, salvo scontare inaccettabili cadute dell'universalismo e della equità. Nell'affannosa ricerca di ulteriori forme di finanziamento, la leva dei ticket è oggettivamente diventato uno strumento distorsivo dell'equità e della stessa efficacia, favorendo fenomeni di *opting out* dal sistema pubblico o in assoluto dal sistema delle cure. I ticket sui farmaci sono aumentati del 40%, le prestazioni sanitarie complessive sono diminuite del 20%. Non sorprende che in queste condizioni non si sono ancora realizzate le condizioni per stipulare il Patto della Salute. Sul piano organizzativo-gestionale va ripensato il modello aziendalista dominante, provando ad invertire l'ordine dei fattori e cioè partendo dal rispetto delle finalità sanitarie per arrivare a quello dell'equilibrio dei conti. Il ridimensionamento e la riqualificazione strutturale e funzionale della rete ospedaliera ed il potenziamento e riorganizzazione delle cure primarie devono innanzitutto corrispondere in modo armonico alla transizione epidemiologica tra malattie acute e croniche e tra malattia e salute e tutto questo non necessariamente può comportare minore spesa ma probabilmente solo una migliore qualificazione della stessa. Con pari convinzione affermiamo che il nostro Ssn non è né un costo insopportabile né un carrozzone inefficiente ed inefficace ma una grande opera tecnico professionale, civile e sociale che garantisce ricerca e sviluppo, occupazione qualificata e soprattutto nei principi di universalismo ed equità, coesione sociale ed identità civile al nostro paese".

Francesco Macrì, Segretario nazionale Fism. "Per non essere costretti ad ulteriori tagli lineari o a razionamenti ingiustificati va messa a punto una strategia utile ad evitare gli sprechi e le

disuguaglianze. In questa logica abbiamo già formalizzato alla Fnomceo e al Ministero della Salute una soluzione a costo zero, che consiste nel dare un ruolo propositivo alle Società Scientifiche accreditate presso le istituzioni alle quali affidare il compito di definire il profilo professionale aggiornato dei propri associati, che costituiscono l'organico operativo del Ssn. Il risultato sarà quello di fornire un comun denominatore professionale a livello nazionale, con l'obiettivo di uniformare e migliorare, in un tempo relativamente breve, le più diffuse procedure diagnostiche e rendere più appropriati i trattamenti terapeutici. In questo modo si possono ottenere due importanti risultati virtuosi sul risparmio: evitare la esecuzione di prestazioni o trattamenti terapeutici inutili e ridurre il ricorso alla medicina difensiva da parte dei sanitari, grazie ad una razionalizzazione a livello nazionale delle prestazioni erogate, basata su linee guida condivise per gli interventi professionali ed organizzativi. Questo consentirà anche di definire una corretta presa in carico del rischio in campo sanitario da parte del settore assicurativo, con ricadute favorevoli per le strutture assistenziali e per i medici che vi operano in modo corretto nell'interesse ultimo di pazienti”.

Salvo Cali, Segretario nazionale Smi. “Se si hanno poche risorse, si spende male e senza una cornice nazionale, è impossibile razionalizzare e modernizzare il sistema e ricondurre la spesa in investimenti adeguati che possano rispondere correttamente alle mutate domande di salute (cronicità, invecchiamento della popolazione) con servizi efficaci su territorio e con un'aggiornata e rivista definizione dei Lea. Quindi il primo obiettivo è chiudere la stagione del 'malinteso federalismo', il secondo è prevedere adeguati stanziamenti, il terzo è ridurre il gap strutturale tra sud e nord, il quarto è creare una governance basata sui medici e il merito ed escludendo le invasive infiltrazioni della "malapolitica" (fenomeno sempre legato al malinteso federalismo). Quindi invece, di inseguire spot pubblicitari a uso e consumo dei mezzi di comunicazione, come la bufala dell'h24, si ritorni a dialogare con la categoria, si dia il giusto ruolo al Parlamento e si finisca con la pratica irrazionale dell'emergenzialismo. È giunto il momento di una seria programmazione, del potenziamento delle cure primarie, ma senza cedere allo smantellamento della guardia medica e alla de-medicalizzazione del 118, come si sta facendo in Toscana o in Lombardia. Infine bisogna cambiare radicalmente il quadro normativo: si vada verso il contratto unico della categoria, basta con le divisioni tra convenzionati e dipendenti. I medici devono stare al centro della riorganizzazione delle cure primarie, non le vittime di involuzioni calate dall'alto, come si sta facendo fino ad ora”. (Nei prossimi giorni sarà inviato in Commissione un documento).

Pierluigi Ugolini dell'Fvm. “Non può esservi appropriatezza di spesa senza una efficace politica di prevenzione dei meccanismi che generano spese aggiuntive. I Lea devono, oramai da troppo tempo essere rivisitati per essere aggiornati ed attualizzati, ma se si vogliono mantenere gli attuali, è impensabile ridurre il finanziamento del Fsn. Nell'ottica di garantire i Lea è fondamentale che le funzioni ed i livelli organizzativi minimi siano definiti. Non sono né il finanziamento complessivo del sistema né tantomeno la riduzione dei livelli organizzativi professionali a determinare da soli un decremento della spesa, quanto piuttosto la capacità di intercettare i bisogni in modo organico. Procedere per ambiti di assistenza è allo stato assolutamente inadeguato, ma soprattutto appare inadeguato lo strumento dei "costi standard" senza che parallelamente siano indicate, a livello centrale "standard strutturali, strumentali e di personale" minimi a cui far riferimento, in modo che vi sia una uniformità erogativa di base in tutte le regioni. L'obiettivo di allocare il 5% della spesa sanitaria in politiche di prevenzione efficaci dovrebbe essere uno dei fattori che, se adeguatamente sfruttato, potrebbe essere in grado di mettere in piedi meccanismi di *spending review* avanzati e non basati su inutili politiche di tagli lineari”.

Francesco Lucà, Coordinatore nazionale Fassid. “Non è la spesa sociale fuori controllo alla base della crisi economica, ma è il contesto economico che 'minaccia' lo stato sociale. Bisogna agire sul sistema partendo dalla performance. Migliorando la qualità delle prestazioni si raggiunge la sostenibilità economica e non viceversa. Per questo chiediamo una chiara ed univoca regolamentazione dell'offerta sia nel pubblico ma, non secondariamente, nel privato: la soluzione deve essere un accreditamento istituzionale. E ancora, occorre sviluppare l'Health Technology Assessment nel modo più completo trovando soluzioni adeguate nelle gare di appalto dove siano gli specialisti che dovranno usare la tecnologia a dire la loro. Infine deve essere difesa l'appropriatezza, nel senso più completo del termine, arrivando a punire, quelli sì, i medici che ricercassero nella medicina difensiva, che incrementa, come ampiamente dimostrato, la spesa del 10%. Tutte proposte

a costo zero con la speranza di un contributo fattivo da parte di chi rappresenta quelli che sono tra i principali servizi che sono il motore indispensabile per il funzionamento del sistema sanitario del nostro Paese”.

Gianfranco Prada, presidente Andi. “In Italia i maggiori problemi per l’odontoiatria riguardano certamente l’eccesso di offerta, fenomeno aggravato dal forte abusivismo. La configurazione del mercato è monopolizzata dal privato, dato che il pubblico rappresenta meno del 10% delle cure erogate. I cittadini propendono per il privato perché con esso hanno ormai costruito un rapporto fiduciario, mentre l’offerta pubblica è sempre più carente. Per il futuro chiediamo uno sforzo più convinto verso le campagne di sensibilizzazione, soprattutto quelle incentrate sull’importanza della prevenzione. Si tratta di un processo che si costruisce con un lavoro articolato e capillare che parta dalle scuole. Un’altra richiesta che rivolgiamo al governo riguarda la costruzione di un sistema di incentivi e sgravi fiscali. Un dispositivo di questo genere permetterebbe di combattere in maniera efficace l’abusivismo e l’evasione e di recuperare una cospicua porzione di risorse”.

Walter Mazzucco, Presidente nazionale Sigm. “Per essere competitivi in un momento di crisi economico-finanziaria e per concorrere al bene dell’intero sistema salute, è necessario avere professionalità adeguatamente preparate e motivate. E uno dei pilastri di un Ssn solido e sostenibile è rappresentato dalla componente giovane della Professione Medica che, solo se adeguatamente supportata e valorizzata, potrà contribuire al rilancio della Sanità nel nostro Paese. Tuttavia, i tempi di accesso all’esercizio della professione ed al mondo del lavoro in Italia per un giovane medico sono i più elevati in assoluto nel panorama UE. Inoltre l’effetto combinato di una non ottimale gestione delle risorse umane, unitamente alla non adeguata programmazione del fabbisogno di professionalità mediche, ha incrementato nel tempo, in maniera esponenziale, il numero di giovani medici precari in attesa di legittima stabilizzazione. Manca inoltre un sistema di rilevazione del fabbisogno intellegibile e strutturato sia dal punto di vista metodologico che scientifico in adozione tanto a livello regionale quanto a livello centrale. Persiste una dicotomia tra le esigenze del Ssn e l’articolazione delle reti formative delle scuole di specializzazione. Nell’ambito del capitolo delle risorse umane la richiesta di riequilibrio tra le esigenze di chi entra e chi esce dal sistema non deve essere classificata come una generica azione di rivendicazione intergenerazionale, piuttosto deve essere considerata un’opportunità: soltanto le giovani generazioni, infatti, potranno farsi interpreti del processo di discontinuità culturale, non più orientato alla visione di parte bensì all’etica ed alla cultura di sistema, necessario a garantire l’evoluzione del sistema delle cure nel nostro Paese”.

Maurizio Pace, segretario nazionale Fofi. “Oggi per invertire il trend negativo che caratterizza il settore è necessaria una stabilizzazione che consenta la ripresa della crescita e la sostenibilità del servizio farmaceutico. La spesa per i medicali continua a crollare e quindi bisogna impegnarsi affinché non vi siano ulteriori tagli e manovre finanziarie incidenti sul settore del farmaco. Una novità che garantirebbe ricadute positive su tutto il sistema risiede nell’inserimento della figura del farmacista nell’equipe sanitaria ospedaliera a livello dipartimentale e di reparto. Nel contempo mi auguro un’implementazione del modello della farmacia dei servizi che sarebbe anche una risposta alla necessità di mantenere elevati livelli occupazionali nella professione, di prevedere una progressione di carriera per i collaboratori in termini economici ma anche di sviluppo delle competenze di ruolo. Altro vettore per innescare una nuova fase di crescita è costituito dalla digitalizzazione che rappresenta un obiettivo di progresso da perseguire, che consentirà una gestione migliore del paziente e dei trattamenti terapeutici. In quest’ottica, oltre allo sviluppo del Fascicolo sanitario elettronico occorrerebbe prevedere la creazione anche di un dossier farmaceutico del paziente, contenente tutte le informazioni relative alle terapie in uso e da aggiornare puntualmente ad opera del farmacista, al fine di consentire un virtuoso interscambio informativo”.

Roberta Di Turi, Segretario generale Aggiunto Sinafo. “La spesa farmaceutica nel nostro Paese ha subito, negli ultimi anni, un sensibile incremento. Una spesa rilevante che deve essere attentamente monitorata per evitare lo spreco di risorse che potrebbe incidere pesantemente sulla sostenibilità stessa del principio solidaristico su cui si basa il nostro sistema sanitario. I servizi farmaceutici territoriali e ospedalieri svolgono una funzione essenziale sia a livello di monitoraggio della spesa farmaceutica, attraverso adeguati e costanti controlli sull’appropriatezza prescrittiva, sia

nella pratica gestione delle procedure relative alla dispensazione dei medicinali intra extra ospedalieri senza alcun aggravio della spesa e consentendo, anzi, la realizzazione di notevoli risparmi ed economie. Funzioni che potrebbero essere certamente più incidenti laddove si dovessero implementare gli organici dei farmacisti pubblici che rimangono (inspiegabilmente) sottostimati rispetto a quelli di tutti gli altri dirigenti sanitari. Eppure, nonostante le reiterate segnalazioni che su tale questione sono state fatte ai vari livelli istituzionali, nulla o poco è stato fatto. Per questo proponiamo che venga accolta le nostre richieste di incremento della dotazione organica per perseguire in modo compiuto alcuni degli obiettivi di importanza strategica”.

Stefano Raimondi, presidente Assobiomedica. “Occorre andare oltre la politica del rigore. La gestione del sistema della salute non può essere infatti basata su una logica emergenziale, con un’agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine. Per innescare una ripresa economica, preservando i principi fondamentali del nostro Ssn, bisognerebbe procedere sulla strada della razionalizzazione, modificando però l’approccio della spending review verso meccanismi in grado di allocare le risorse verso le strutture che mostrano livelli di efficienza più elevati. Altre priorità sono costituite da una valorizzazione dell’innovazione tecnologica appropriata e da una revisione del perimetro dei Lea, passando da una definizione di una lista negativa a una positiva. Per quanto riguarda più specificamente il settore dei dispositivi medici, occorre senza dubbio una sua maggiore conoscenza, anche se presso il ministero della Salute sono già presenti due banche dati: il Repertorio dei dispositivi medici e i dati provenienti dal monitoraggio dei flussi dei consumi e dei contratti. Bisogna utilizzare al meglio questi strumenti, senza ricorrere a nuovi, complicati e costosi meccanismi di raccolta. A livello normativo, è importante che l’Italia svolga a livello europeo un’azione forte per garantire che nella revisione delle direttive in vigore per l’immissione in commercio dei dispositivi medici, non prevalga la volontà di modificare sostanzialmente l’impianto legislativo attuale. Sono certamente necessarie delle modifiche, ma non va toccata l’impostazione di base, che è perfettamente adeguata al settore”.

Annarosa Racca, presidente Federfarma. “Sono 3.000 le farmacie in difficoltà e 600 quelle vicine al fallimento. è l’unica voce di spesa che a differenza di tutte le altre ha fatto registrare negli anni un decremento perché la farmaceutica convenzionata è stata continuamente tagliata. Sono aumentate le trattenute delle farmacie inoltre è aumentata la distribuzione diretta con disagi dei cittadini. Il risultato è che non sono rispettati i Lea e assistiamo ad una differenziazione nel paese nella distribuzione del farmaco. Questa situazione che continua a peggiorare per questo dobbiamo portare questi farmaci di uso consolidato negli ospedali e nelle Asl ad una distribuzione più facile ed arrivare ad una nuova remunerazione delle farmacie italiane che dia centralità al medico di medicina generale e dia la completa tracciabilità dei farmaci che riporti il rapporto delle farmacie con il territorio. Le farmacie posso fare molto per la sostenibilità del sistema, devono infatti essere coinvolte nell’assistenza domiciliare, nei programmi di screening, e nella prenotazione di visite ed esame attraverso i cup. Le farmacie sono pronte e hanno dimostrato di portare risparmio”.

CAMICI & PIGIAMI
PAOLO CORNAGLIA FERRARIS**GLI ESAMI INUTILI
VERO PROBLEMA SANITARIO**

no studio pubblicato dai radiologi dell'università di Tor Vergata (Pistoiese, Ciarrapico e altri, Roma) ha dimostrato che sulla diagnostica della mammella, delle 1.500 richieste per esame ecografico solo 855 (57%) sono risultate appropriate; su 2.350 richieste di mammografia la percentuale delle appropriate era più bassa: solo 493 (21%); su 100 richieste di risonanza magnetica nucleare erano appropriate 83 (83%). Il costo dell'inappropriatezza è risultato di 51.235,04 euro. Chiaro dunque che nessun taglio ai costi della sanità laziale o nazionale avrà conseguenze benefiche se non si smetterà di prescrivere esami inutili. Li si pretende da medici curanti che non hanno tempo di ascoltare e capire oppure sono vittime di "protocolli" preparati da solerti esperti regionali. Incertezza del curante e ansia del paziente costano miliardi (la stima supera dieci miliardi di euro ogni anno). Ciò condiziona anche la qualità del lavoro, crea attese insopportabili e dà vantaggi solo ai venditori della "routine dello spreco".

camici.pigiami@gmail.com



Le raccomandazioni dell'Aifa con il caldo

Le regole dei farmaci in vacanza



Medicinali

Precauzioni su conservazione, trasporto e corretta assunzione

■ Anche le medicine soffrono il caldo. Per un'estate in salute occorre osservare alcune semplici precauzioni su conservazione, trasporto e corretta assunzione dei rimedi. La maggiore esposizione ai raggi solari e alle alte temperature, possono incidere sull'integrità, l'efficacia e la non pericolosità dei prodotti assunti e quindi sugli effetti delle cure sul tuo organismo. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) consiglia di metterti al riparo dai rischi applicando 20 regole. Tutto parte dall'osservazione. Se il farmaco cambia aspetto, odore o colore, consulta il medico o il farmacista prima di assumerlo. Preferisci l'assunzione di compresse alle gocce. Per conservare i medicinali nel modo corretto, leggi attentamente il foglio illustrativo. Qualora non ci siano infor-

mazioni, conserva il rimedio in luogo fresco e asciutto, a una temperatura inferiore ai 25°. Altrimenti usa un contenitore termico: è importante evitare sempre di esporre i farmaci a fonti di calore e a irradiazione solare diretta (quelli a base di insulina vanno conservati in frigorifero!). Se ti capita, sappi che non pregiudichi la qualità del prodotto, ma ne riduci considerevolmente la data di scadenza. Usi portapillole? Evitali: si surriscaldano facilmente. Guai a sottovalutare delle piccole alterazioni nei farmaci: possono causare gravi danni permanenti. Ma non è tutto: una crema a base di idrocortisone, ad esempio, per effetto del calore potrebbe separarsi nei suoi componenti e perdere di efficacia.

Rob.Mar.



Ora i farmaci si comprano senza la ricetta

FIRENZE

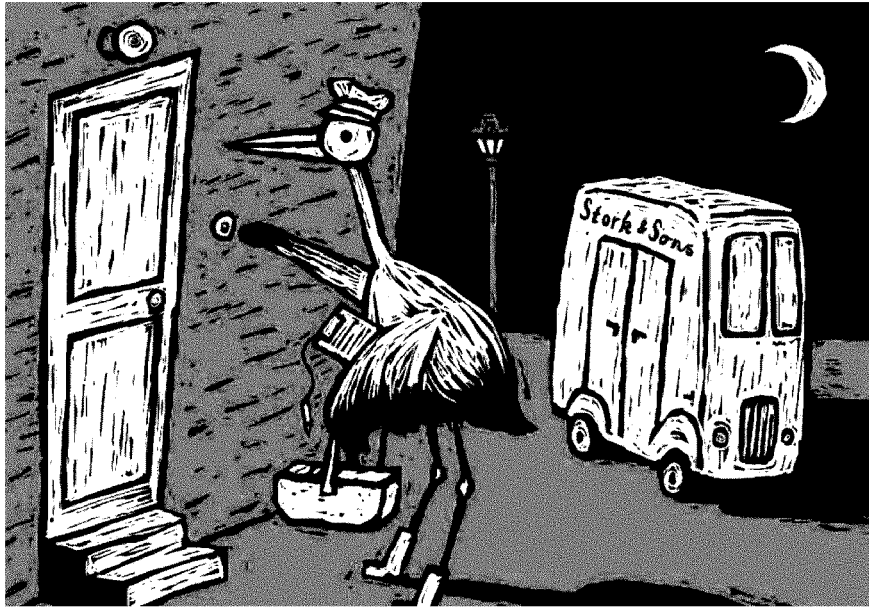
Niente più ricetta per comprare le medicine. D'ora in avanti, per acquistarle basterà avere la tessera sanitaria: la prescrizione del medico si "leggerà" dalla carta (elettronica) in qualsiasi farmacia toscana dotata di computer. È questo il senso del progetto approvato dalla Regione (Ciclo di vita della prescrizione elettronica). Anche se, prima di arrivare all'archiviazione definitiva della ricetta, ci sarà una fase intermedia per consentire alle persone, specie agli anziani, di abituarsi al nuovo sistema. I medici di famiglia - spiega l'assessore alla Salute, Luigi Marroni - nelle prossime settimane invece di dare la tradizionale ricetta per le medicine «daranno un codice ai pazienti». Le persone andranno in farmacia e il farmacista, digitando nel computer il codice, saprà quale farmaco dare. «La fase intermedia - sottolinea Marroni - serve per non eccedere in modernità, ma l'obiettivo è "dematerializzare" la ricetta». Quando le persone si saranno abituate a non avere più la ricetta, potranno andare con la tessera sanitaria a comprare i farmaci: la prescrizione risulterà inserita in un sistema accessibile da tutte le farmacie. «Questo passo - conclude Marroni - prelude alla presentazione, entro settembre del Sistema unico informatico sanitario».

**I cani? In almeno 8 mq
Ma la legge non ingrana**

MISTERI, CRIMINI E DELITTI. TUTTI DA LEGGERE
Dalla collana di Feltrinelli e Foxcrime

da sabato 13 in edicola con
IL TIRRENO
a solo € 6,80

È meglio essere concepiti in estate che a maggio per non rischiare un deficit di peso
Uno studio Usa su un milione e mezzo di bambini indaga i fattori che influenzano la salute del bebè



Così la scienza
adesso ci dice
il mese migliore
per nascere



ELENA DUSI

ROMA

Il calendario zodiacale non c'entra. Ma l'ingresso con il piede giusto nella vita dipende (in parte) anche dal mese in cui si nasce. Sfidare la cartomanzia sul suo stesso terreno è da sempre un pallino della scienza, che alla stagione in cui ci si affaccia al mondo ha legato di volta in volta successo scolastico, longevità, altezza, propensione alle vittorie sportive, malattie mentali, umore, deficit immunitari. Oggi, una ricerca pubblicata sulla rivista *Proceedings of the National Academy of Sciences* spiega come il mese del concepimento possa influenzare la salute del bebè alla nascita.

I bambini concepiti a maggio hanno il 10 per cento di probabilità in più di nascere prima del termine, tendenzialmente dunque più gracili della media. Quelli frutto dell'amore estivo vengono invece al mondo con un "tesoretto" di grasso in eccesso, frutto del **Superato l'inverno crescono le chance di concludere la gravidanza alla sua scadenza naturale** le normali fluttuazioni che il peso corporeo subisce nel corso dell'anno. La costituzione leggermente più gracile dei bambini concepiti in primavera, secondo i

ricercatori americani di Princeton Janet Curie e Hannes Schwandt, dipende dal fatto che la fine della gravidanza coincide con il picco dell'influenza. «Tra gennaio e febbraio, quando i bambini giungono al termine della gestazione, si registra la massima diffusione di virus stagionali». E febbre alta con brividi, continuano i ricercatori «sono notoriamente fattori che scatenano infiammazioni. Le quali a loro volta provocano una serie di eventi che culminano con l'induzione del travaglio». A dimostrazione della loro tesi, Curie e Schwandt citano la pandemia di influenza del 2009, che è arrivata prima del solito nel corso dell'inverno, ha colpito molte più persone e ha effettivamente provocato gravidanze mediamente più corte. Viceversa, le chance di concludere una gestazione alla scadenza naturale sono più alte se la madre era stata vaccinata contro i virus stagionali. Nessun rapporto sembra invece esserci fra data di concepimento e sesso del bambino.

Gli effetti notati dai ricercatori di Princeton sono abbastanza lievi: il guadagno di peso dei bimbi concepiti nei mesi estivi è di una decina di grammi. Ma sono stati misurati su un campione di madri assai vasto per studi di questo genere. Lo studio ha coinvolto 647 mila donne delle aree di New York, New Jersey e Pennsylvania. Tutte le partecipanti scelte ave-

PESO

I bambini concepiti a maggio hanno più probabilità di nascere prematuri. Più grassi in media i bebè concepiti in estate

SUCCESSO SCOLASTICO

In Gran Bretagna hanno misurato che gli iscritti a Oxford e Cambridge sono nati più spesso a ottobre. Più rari i nati a luglio. Lo scarto è del 30 per cento

SONNO

Chi nasce tra giugno e settembre diventa spesso un gufo (si alza e va a dormire tardi). Nascere in inverno predispone alle sveglie mattutine

UMORE

La durata delle giornate crea un "imprinting" nei neonati. Grandi quantità di luce nelle prime settimane di vita allontanano il rischio di depressione



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

vano avuto più di un figlio e tutti erano stati concepiti in periodi dell'anno diversi. In totale sono stati presi in considerazione i compleanni di quasi un milione e mezzo di bambini.

Trovare correlazioni fra stagione in cui ci si affaccia al mondo e futuro successo scolastico è sempre stato un pallino degli inglesi. Una ricerca condotta a febbraio di quest'anno dalla *Bbc*, che ha compulsato i dati degli studenti universitari britannici, ha osservato che chi vede la luce a ottobre approda più di frequente in università prestigiose come Oxford e Cambridge. Le probabilità minime di diventare uno studente di successo si registrano invece fra i nati di luglio. Lo scarto fra le chance dei due gruppi raggiungerebbe addirittura il 30 per cento.

Sono poi tanti gli studi che hanno legato malattie come la sclerosi multipla o altri disturbi di tipo immunitario al mese di nascita. Nell'emisfero nord il rischio di esserne colpiti è massimo fra i nati in primavera e minimo fra quelli nati in autunno. Il fatto che la discrepanza si noti solo nei paesi nordici, e che i risultati siano esattamente speculari nell'emisfero sud, fa pensare che poco sole e carenza di vitamina D durante la gestazione ne siano la causa. E proprio alla quantità di luce assorbita dai bebè appena venuti al mondo uno studio della Vanderbilt University, nel 2010, aveva associato effetti duraturi sull'umore: come se il Sole causasse una sorta di imprinting, allontanando il

Alla stagione legata anche la possibilità di sviluppare malattie come la sclerosi multipla

rischio di depressione per tutta la durata della vita. Le ricerche di Roberto Natale, dell'università di Bologna, avevano invece dimostrato che i nati d'estate diventano facilmente gufi (non andrebbero a dormire mai), mentre i bimbi nati d'inverno spesso da grandi si trasformano in allodole.

Ma lo studio più ardito è forse quello in cui si sono lanciati nel 2001 i tedeschi del Max Planck Institute, che hanno preso un gruppo di individui in Austria e Danimarca e hanno legato la durata della loro vita al mese di nascita. Arrivando a sostenere che chi nasce fra ottobre e dicembre vive più a lungo (ma solo di pochissi-

mi mesi) rispetto ai venuti al mondo fra aprile e giugno. In molti di questi casi sembra esserci lo zampino del Sole. L'unico astro che sembra davvero influenzare salute e umore nella nostra vita.

PER SAPERNE DI PIÙ

www.pnas.org
www.repubblica.it

Professionisti. In caso di collaborazioni part time con il Ssn l'importo erogato va integrato dall'ente previdenziale di settore

L'indennità di maternità è cumulabile

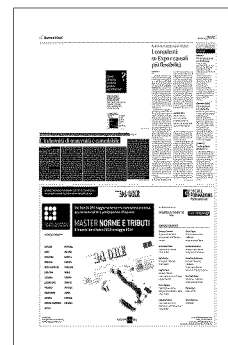
Maria Rosa Gheido

La lavoratrice libero-professionista, che svolge anche un'attività di collaborazione in regime di convenzione con il servizio sanitario nazionale, ha diritto all'erogazione dell'**indennità di maternità** da parte della cassa di categoria per il periodo non coperto dal regime convenzionale.

Rispondendo con l'interpolo 22/2013 al quesito posto dall'Associazione unitaria psicologi italiani, il ministero del Lavoro affronta il caso, sufficientemente comune nella sanità, delle professioniste iscritte a una cassa di categoria - nel caso l'Enpap - che svolgono parte della loro attività in regime di convenzione. Il decreto legislativo 151/2001 sancisce il diritto delle libere professioniste, iscritte all'ente che gestisce la previdenza obbligatoria di categoria, di percepire l'indennità di maternità per i due mesi antecedenti la data del parto e i tre mesi successivi alla stessa.

A norma dell'articolo 71 del decreto 151, il diritto all'indennità prescinde dall'effettiva astensione dal lavoro, perché, come più volte sancito dalla Corte di cassazione nonché dalla Corte costituzionale, ha essenzialmente la funzione di garantire, alla libera professionista una sufficiente autonomia economica che le consenta di scegliere se astenersi o meno dal lavoro. Alle professioniste che svolgono l'attività in convenzione e che si assentano dal servizio per maternità, il Ssn assicura il mantenimento dell'incarico per sei mesi e corrisponde il relativo trattamento economico per un periodo massimo complessivo di 14 settimane. Il quesito

in argomento è stato posto al ministero del Lavoro in quanto il regolamento dell'Enpap afferma il criterio dell'incumulabilità, per cui l'indennità di maternità non può essere corrisposta quando l'iscritta ha titolo ad analoghe prestazioni erogate a fronte dello stesso evento come per il caso delle lavoratrici dipendenti, già assicurate dal datore di lavoro, o delle titolari di altra posizione in qualità di artigiane o commercianti e in quanto tali beneficiarie di analogo indennizzo, ad esempio, da parte dell'Inps. Solo nel caso in cui l'iscritta svolga un'attività di lavoro dipendente part time, a fronte della quale abbia titolo a un'indennità per il periodo di astensione obbligatoria inferiore all'importo minimo garantito dall'Ente (per il 2013 pari a 4.895,28 euro), l'Enpap, su domanda, provvede a integrare l'indennità già spettante in qualità di dipendente part time, fino al minimo predetto. Il ministero ritiene che questo criterio si applichi anche nel caso considerato e che per la parte di periodo non coperto dall'accordo con il Ssn, la professionista abbia diritto all'integrazione dell'indennità di maternità a cura dell'ente previdenziale.



A PADOVA

Autotrapianto di fegato Primo in Italia

PADOVA Al centro di chirurgia epatobiliare e dei trapianti epatici dell'Azienda ospedaliera universitaria di Padova l'equipe del professor Cillo ha realizzato il primo "autotrapianto" di fegato in Italia. «Non si tratta di un semplice intervento ma di un'impresa straordinaria, che segnerà per sempre non soltanto le pagine della sanità veneta» ha commentato complimentandosi il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia. «L'intervento - prosegue Zaia - dimostra come l'eccellenza sia frutto della disciplina, della ricerca e dell'innovazione. Ma anche di attente e lungimiranti politiche regionali. Il Veneto ed i nostri medici si confermano ancora una volta già sintonizzati sulla sanità del futuro: una sanità di qualità, presente sul territorio ed in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti. Questa è la strada che vogliamo e che stiamo costruendo per i nostri cittadini».



Salute Vannoni: arrivano dati positivi, le nostre cellule non sono nocive

Lorenzin, altolà su Stamina: «Il metodo non è una cura»

Il ministro: sbaglia chi continua a creare illusioni

ROMA — Non l'aveva mai affermato in modo così esplicito. «Il metodo Stamina non va considerato una cura perché non lo è», ha dichiarato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin ai microfoni della trasmissione radiofonica «Prima di tutto».

Un messaggio indirizzato soprattutto alle famiglie con bambini colpiti da malattie gravissime che intravedono nelle infusioni a base di cellule mesenchimali proposte dalla fondazione di Davide Vannoni uno spiraglio di miglioramento, o addirittura di guarigione.

Così chiaramente il ministro non si era mai espressa. Può significare che, dopo tanti mesi di polemiche e la decisione di avviare una sperimentazione, sono stati raccolti elementi da cui trarre valutazioni per niente rassicuranti sul fenomeno Stamina.

Incalza Lorenzin: «Sbaglia chi, in deroga alle normative e alla sospensione da parte del Tar degli Spedali Civili di Brescia, continua ad autorizzare i pazienti ad effettuare cure che non sono tali. Un grande errore che crea confusione e illusioni». Si riferisce alle decine di sentenze di tribunali che hanno ordinato la somministrazione di queste staminali dichiarate già un anno fa pericolose dall'Agenzia nazionale del farmaco (l'Aifa) in quanto non comprovate da dimostrazione di efficacia e sicurezza. Le cellule sono prodotte nei laboratori

Sperimentazione

È iniziata il primo luglio ma i responsabili di Stamina non hanno ancora dato documenti

dell'ospedale bresciano in base alle indicazioni della società di Vannoni che adesso dovrà svelare anche ai tecnici del ministero come potrebbero diventare riproducibili. E su quali pazienti potrebbero essere efficaci, limitandosi ad indicare solo alcune malattie rare.

L'ultima ordinanza che autorizza al trattamento con cellule prese dal mesenchimo (midollo osseo), che sarebbero utili per riparare la degenerazione dei tessuti nervosi, è di un giudice di Piacenza. Due bambini undicenni, immobilizzati sulla sedia a rotelle. Casi dolorosi, malattie di origine genetica che non hanno soluzioni. È umano, comprensibile, che i genitori siano determinati a tentare l'impossibile. Finora le sentenze sono state circa 130.

La sperimentazione disposta con una legge è scattata il primo luglio ma i responsabili di Stamina non hanno ancora

fornito la documentazione rimandando all'1 agosto l'appuntamento. Sono stati stanziati 3 milioni per uno studio della durata di sei mesi. Vannoni replica: «Il nostro metodo non è una cura? Lo vedremo. Stanno per arrivare i primi dati positivi, innanzitutto le nostre cellule non sono nocive». Fino a questo momento diplomatica, la Lorenzin ieri ha ricordato che «il trattamento non è una cura, deve essere validato con i test e non è chiaro per quali

malattie potrebbe funzionare. Quando le metodologie terapeutiche non sono ortodosse è

evidente ci possono essere interessi economici». Nel caso specifico gli interessi di Stamina sono collegati a Medestea una società che tra l'altro produce integratori e che, su ammissione di Vannoni, ha in parte finanziato le attività di Stamina.

Chiede chiarezza anche Federconsumatori, «per tutelare i pazienti che hanno bisogno di trattamenti sicuri. Occorre superare le contrapposizioni e dare ai cittadini una risposta. È fondamentale evitare speculazioni».

A livello internazionale, il caso italiano fa discutere. Dopo gli interventi critici della rivista *Nature*, che oltretutto ha rivelato l'esistenza di un falso da

parte di Stamina nella richiesta di brevetto poi negato dagli Stati Uniti, alcuni dei migliori ricercatori sono scesi in campo.

Invitato al convegno annuale dell'Associazione Famiglie con Sma (una delle migliaia di malattie rare degenerative, di origine genetica) lo spagnolo Emilio Ferrari ha pronunciato commenti molto negativi: «Lavoro da vent'anni sulla Sma (atrofia muscolare spinale) e non è mai stato dimostrato che le cellule mesenchimali possano trasformarsi in cellule nervose e tanto più sostituire quelle danneggiate. Nel nostro mondo chi propone un'innovazione ne deve documentare la validità».

Margherita De Bac

mdebac@corriere.it

Federconsumatori

«I pazienti hanno bisogno di trattamenti sicuri, bisogna evitare speculazioni»

STOCCATA DELLA LORENZIN, MA LA SPERIMENTAZIONE PARTIRÀ IL 1° AGOSTO

Il ministro bocchia Stamina: "Non è un metodo di cura"

La comunità scientifica: "Fermate tutto, è dannosa"

PAOLO RUSSO
ROMA

«I pazienti non devono pensare a Stamina come a un metodo di cura perché non lo è». A pochi giorni dall'accusa di plagio e di inefficacia terapeutica lanciata dalla prestigiosa rivista Nature, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin assesta la sua stoccata al metodo ideato da Davide Vannoni.

Parole che non preannunciano però lo stop alla sperimentazione, come richiesto soltanto pochi giorni fa da 200 tra i massimi esperti di ricerca sulle staminali.

Piuttosto quello del ministro sembra un invito alle famiglie disperate che continuano ad allungare le liste d'attesa agli Spedali Civili di Brescia, ma anche ai giudici che a colpi di ordinanze impongono il via libera a trat-

tamenti che larga parte del mondo scientifico giudica privi di qualsiasi efficacia.

Perché mentre Stamina Foundation continua a mettere condizioni e a spostare sempre più in avanti la presentazione del protocollo per avviare i test (l'ultima data è il 1° agosto) i pazienti che chiedono di poter accedere al trattamento sono ormai ben 220 solo a Brescia.

Una lista alimentata anche dai giudici. Ai quali si rivolge duramente la Lorenzin dai microfoni di Radio Rai, affermando che «sbaglia chi in deroga alle norme vigenti e alla sospensione del Tar per quanto riguarda gli ospedali di Brescia, continua ad autorizzare pazienti a sottoporsi a delle cure che non sono tali. È un grande errore che crea confusione e illusioni».

Interrogato in serata però il ministro conferma: «Appena Vannoni si deciderà a pre-

sentare i protocolli, la sperimentazione verrà avviata per sciogliere ogni dubbio su questa vicenda». E sulle possibili speculazioni economiche che sembrano intravedersi dietro Stamina ammette che «di fronte a vicende che riguardano metodologie non ortodosse è evidente che possono esserci interessi economici in agguato».

Ma se, nonostante gli affondi, il ministro Lorenzin continua a puntare sulla sperimentazione per chiudere la vicenda, la comunità scientifica chiede di fermare tutto, sostenendo che il metodo Vannoni oltre che inefficace sarebbe anche dannoso. Paolo Bianco, uno dei massimi esperti in cellule staminali dell'Università la Sapienza di Roma, ieri è sceso di nuovo in campo chiedendo al ministro di aprire un'inchiesta per chiarire «che cosa sia stato somministrato ai pazienti di

Brescia con un metodo segreto e non standardizzato», ossia non riproducibile.

Del resto, ad oggi, tutto quel che si sa dalla domanda di brevetto presentata negli Stati Uniti è che le cellule staminali messe in coltura con etanolo ed acido retinoico maturerebbero «in due ore» e non in diversi giorni. Anche se all'Istituto superiore di sanità di cellule in grado di curare le malattie da queste colture ne hanno trovate ben poche e con un tempo di attività limitato a poche ore.

E non bisogna dimenticare che l'ufficio brevetti americano a suo tempo ha giudicato grossolana, non credibile ed ipoteticamente tossica la metodica. Sulla quale, è bene ricordarlo, la Procura di Torino ha aperto un'inchiesta, nella quale si ipotizzano reati di associazione a delinquere finalizzata alla truffa e somministrazione di farmaci pericolosi.

La frase
del ministro



Sbaglia chi in deroga alle leggi e al Tar continua ad autorizzare i pazienti. È un grande errore che crea soltanto confusione e illusione

Beatrice Lorenzin

Ministro
della Salute

**Intanto cresce il numero
dei pazienti in lista
d'attesa: sono 220
solo nella città di Brescia**



Federsanità: malattie rare, le criticità della rete

Primo rapporto su Asl e Ao: punti critici l'organizzazione, i sistemi informativi e le risorse. (Servizio a pag. 17)

FEDERSANITÀ/ Ecco il primo rapporto su Asl e Ao elaborato con Ceis e Recordati

Malattie rare, la rete fa acqua

Punti critici l'organizzazione, i sistemi informativi e le risorse ad hoc

Organizzazione questa sconosciuta. Sistemi informativi integrati anche. Quanto ai finanziamenti poi nemmeno a parlarne. È il quadro che emerge dal Rapporto sulle reti di assistenza ai malati rari, curato da Federsanità Anci, Ceis Sanità e Recordati presentato il 9 luglio a Roma alla presenza del ministro **Beatrice Lorenzin**. Un capitolo sul quale i manager delle Aziende sanitarie chiedono nuovi strumenti di monitoraggio e di governance, che consentano la concreta realizzazione della presa in carico dei pazienti. «Con questo 1° Rapporto - ha dichiarato **Angelo Lino Del Favero**, presidente Federsanità Anci - è emerso con prepotenza il fatto che la rarità non può essere la ragione per non avere un modello organizzativo o gestionale. Al contrario, esistono esempi come le attività del 118 o quelle del settore della Protezione civile dove al massimo caos e incertezza deve corrispondere il massimo dell'organizzazione».

La ricerca coordinata da Federico Spandonaro del Ceis Sanità di Tor Vergata su un campione di 40 Aziende sanitarie, ha preso in esame il punto di vista dei direttori generali di Asl e Ao in merito a tre aspetti chiave dell'assistenza ai malati rari: clinico, organizzativo ed economico (si vedano box a fianco). «Il primo dato che emerge - ha sottolineato Spandonaro - è la difficoltà delle Aziende sanitarie ad avere una visione complessiva dell'assistenza ai malati rari sul proprio territorio». E infatti i numeri sono impietosi: solo il 23,5% delle aziende è in grado di stimare l'effetto dei pazienti con malattia rara sul budget aziendale e, comunque, nessuna è stata in grado di quantificare il differenziale di costo del paziente con malattia rara rispetto a un paziente con patologia non rara.

Non solo: il 47,4% delle Aziende sanitarie che hanno partecipato alla rilevazione dispone di percorsi diagnostico-terapeutici ad hoc e solo il 21,1% svolge con regolarità corsi di formazione ad hoc per gli operatori.

«La bozza del Piano nazionale per le malattie rare 2013-2016 - ha spiegato Spandonaro - sembra aver sottovalutato la necessità dello sviluppo di un sistema informativo aziendale, quale strumento di monitoraggio e di governance. Da un punto di vista organizzativo viene promosso un modello di sistema a rete, efficace nel realizzare la presa in carico multidisciplinare complessiva dei pazienti con malattia rara, ma il presupposto per la cooperazione tra i nodi della rete è l'implementazione di un'adeguata infrastruttura informativa, in primis a livello dei singoli nodi locali». Tra le carenze del Piano - denuncia il rapporto di Federsanità Anci - c'è anche la sottovalutazione del finanziamento, «che viene menzionato limitatamente alle attività di ricerca - spiega una nota dell'associazione - e non per la realizzazione dei percorsi, facendo quindi ipotizzare che questi dovrebbero essere implementati a costo zero».

Le conclusioni sembrano quindi conseguenziali: «I direttori generali Asl e Ao - dice Del Favero - sono pronti a fare la loro parte per un salto di qualità dell'assistenza ai malati rari, ma chiedono allo stesso tempo che il prossimo Piano nazionale malattie rare ponga adeguata attenzione sulla questione dei sistemi informativi aziendali e su quella del finanziamento dei percorsi diagnostici e terapeutici aziendali».

Il Rapporto lancia due proposte per migliorare l'offerta di cura in questo ambito: innanzitutto integrare le informazioni nelle banche dati del servizio 118 e garantire la presenza istituzionale nell'ambito dei Comitati etici aziendali del referente aziendale delle malattie rare «considerando - conclude Del Favero - che sempre più spesso viene richiesta l'erogazione di **farmaci**, di presidi o di cure sperimentali in favore di malati rari con notevoli oneri economici a carico dell'Azienda».

Flavia Landolfi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Accertamenti e cure in mano al neonatologo

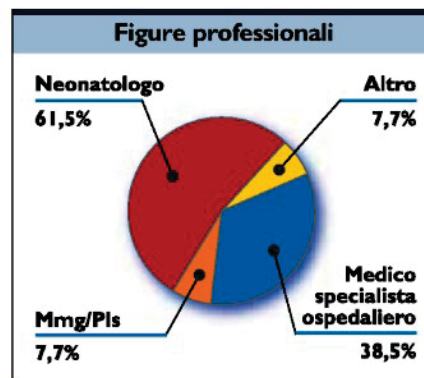
Neonatologi protagonisti dei percorsi diagnostico-terapeutici del paziente che risulta positivo allo screening delle malattie rare. Il focus del Rapporto sulle Reti di assistenza ai malati rari (realizzato da Federsanità Anci, Ceis e Recordati) rileva innanzitutto che in più della metà dei centri (59,3%) vengono eseguite procedure di screening neonatale. Nel 54,2% delle aziende - spiega il dossier - in caso di positività dello screening, è definito un percorso diagnostico-terapeutico per il paziente che nel 61,5% delle aziende è gestito prevalentemente dal neonatologo, nel 38,5% dallo specialista ospedaliero, nel 7,7% dal medico generalista o dal pediatra di libera scelta e nel 7,7% da altre figure professionali.

Inoltre l'83,3% delle aziende consultate sostiene di essere dotata di un Centro di coordinamento per le malattie rare: il 75% dichiara che è definito a livello regionale, il 20% a livello aziendale e il 5% sia a livello regionale sia aziendale. Nel 58,3% delle Aziende che si sono sottoposte al questionario è formalmente definito un percorso per il primo contatto con il Centro di coordi-

namento regionale e con i presidi di riferimento per i pazienti diagnosticati in una fase non neonatale; il percorso è gestito nella maggioranza delle Aziende dallo specialista ospedaliero (78,6% dei Centri che hanno definito il percorso) e più raramente da uno specialista del distretto socio sanitario (14,3% dei Centri che hanno dichiarato di avere un percorso definito).

Venendo alle note più dolenti il rapporto evidenzia come le aziende non hanno sempre disponibilità dell'informazione sul numero di pazienti con malattie rare: solo la metà ha dichiarato di possedere un sistema di rilevazione della prevalenza o dell'incidenza degli ammalati. E ancora: nel 2012, nel 46,7% dei Centri sono state fatte meno di 100 nuove diagnosi di malattia rara, nel 26,7% dei Centri tra 101 e 200, nel 6,7% tra 201 e 300 nuove diagnosi e infine nel 20% dei Centri oltre 500 nuove diagnosi di malattia rara.

Venendo poi al capitolo della mobilità dei pazienti dalla survey è emerso un quadro di scarso controllo e monitoraggio, attribuito an-



che qui all'indisponibilità dei dati (solo una Azienda tra quelle intervistate ha dichiarato di avere contezza dei dati di mobilità).

Infine, è stato chiesto alle Aziende come operano per la formazione dei professionisti sanitari, con particolare riferimento alla corretta diagnosi delle patologie rare: questo tipo di training viene garantito con regolarità nel 33,3% delle aziende, solo occasionalmente nel 50%, e nel 16,7% dei casi invece non è attivato.

Diagnosi garantita ma lo standard terapeutico latita in metà aziende

Approvigionamento di farmaci, ausili, esenzioni. Il Rapporto affronta con un focus specifico l'elaborazione dei percorsi clinico-assistenziali e la formazione dei caregiver. Ecco i risultati riportati nel dossier. Il 77,8% dichiara l'esistenza di percorsi clinico-assistenziali formalizzati a livello regionale per i pazienti affetti da malattie rare: il 78,6% dei Centri dichiara che si tratta di percorsi specifici per patologia, il 14,3% di percorsi generici (per tutte le malattie rare); solo una quota residuale (7,1%) dichiara che esistono percorsi formalizzati a livello di singolo paziente.

Tutte le aziende hanno specificato che i percorsi definiti a livello regionale comprendono gli aspetti diagnostici; il 78,6% che a questi aspetti si affiancano anche indicazioni terapeutiche; una metà dichiara che i percorsi includono anche aspetti di osservazione post terapia; il 28,6% dichiara la formalizzazione di aspetti legati alla prevenzione e il 21,4% di quelli riguardanti la gestione dell'emergenza-urgenza del paziente con malattia rara (vedi grafico).

Scendendo di livello, su scala aziendale, più della metà delle aziende intervistate (52,6%) ha denunciato che non sono stati definiti percorsi clinico-assistenziali. Nel 47,4% delle realtà in cui sono stati elaborati percorsi a livello aziendale, essi contengono indicazioni terapeutiche, nel 42,1% diagnostiche, nel 36,8% indicazioni sull'osservazione post terapia; nel 26,3% dei casi sono state sviluppate anche indicazioni in tema di prevenzione e gestione delle emergenze. Dall'indagine risulta



poi che la maggior parte delle aziende non adotta percorsi preferenziali neppure per ottenere l'esenzione: questi esistono solo nel 35% delle Aziende rispondenti. Infine nella maggior parte delle Asl e Ao (72,2%) non è prevista un'attività formativa rivolta agli operatori direttamente organizzata dalle Associazioni dei pazienti con malattia rara; nel 16,7% dei casi viene svolta occasionalmente, e solo nell'11,1% con regolarità. Tra le principali criticità riportate in tema di interazione tra gli operatori della azienda e i caregiver, la scarsità di personale aziendale dedicato, l'insufficiente disponibilità di tempo e di ascolto dei caregiver, ma spesso anche l'assenza di un protocollo operativo definito.

Le strutture non fanno i conti: costi misteriosi

Il costo degli screening neonatali sono un mistero per tutte le aziende intervistate: nessuna, tranne una, è stata in grado di quantificare l'entità. Anche l'incidenza sul budget aziendale del costo dell'assistenza ai pazienti con malattie rare sembra essere dato ignoto: solo il 23,5% degli interpellati dichiara di conoscere i numeri, ma l'alto tasso di non risposta (33,3%) è sicuramente rappresentativo di un'ulteriore quota che non ne è a conoscenza.

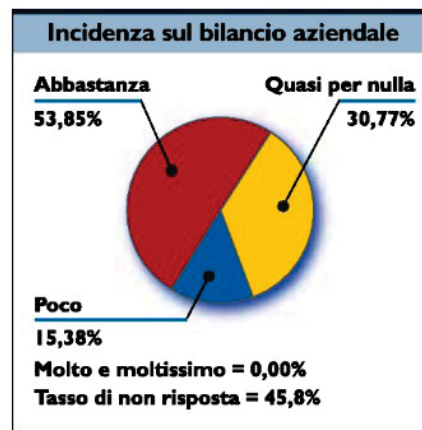
Sebbene il dato si riferisca a un numero estremamente limitato di Aziende, in media il costo dell'assistenza ai pazienti con malattie rare risulterebbe incidere sul budget aziendale per la voce **farmaci** dello 0,9%, per specialistica ambulatoriale dello 0,4%, per ricoveri del 5,1%, per assistenza protesica/integrativa del 5,5% e per servizi sociosanitari dello 0,4 per cento.

Nel focus è stata chiesta al campione di aziende anche la valutazione dell'esternalizzazione della presa in carico dei pazienti affetti da malattia rara ma anche in questo caso

nessuna azienda ha avviato la valutazione dei costi per confrontarli con quelli della gestione aziendale di questo tipo di patologie. In particolare nessuno degli intervistati è stato in grado di valutare il differenziale di costo medio dei pazienti affetti da malattia rara. Tuttavia, il 53,9% dei manager (direttori generali o sanitari) ritiene che il fenomeno della mobilità dei pazienti affetti da malattie rare incida abbastanza sul bilancio della azienda, il 30,8% che non incida quasi per nulla e il 15,4% che incida poco.

Venendo al capitolo delle risorse economiche, il 29,4% delle aziende dichiara di disporre di fondi regionali destinati specificatamente alla assistenza dei pazienti affetti da malattie rare. Si tratta di fondi stanziati prevalentemente per **farmaci**, ausili e per la gestione della presa in carico dei pazienti.

Nel 60% dei casi si tratta di fondi per patologie specifiche, quali a esempio cheratocono, distrofie e degenerazioni corneali, anemie congenite e Sla. Il top management azien-



dale (92,3%) è concorde nel ritenere che la modalità di finanziamento ottimale per la gestione dell'assistenza dei pazienti con malattie rare sia lo stanziamento di un fondo ad hoc vincolato assegnato alle aziende (92,3%); una piccola quota (7,7%) preferirebbe che il finanziamento fosse a valere su un fondo ad hoc a livello regionale.

IL CASO

**PATOLOGIE REUMATICHE E BIO-FARMACI
I COSTI IMPEDISCONO CURE PER TUTTI**

In Italia sono oltre 700 mila i pazienti con malattie reumatiche croniche come artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante, le più invalidanti. Queste malattie sono oggi la prima causa di assenze dal lavoro e la seconda causa di invalidità. Ma troppo pochi hanno accesso alle migliori cure: appena 50mila pazienti. Lo hanno denunciato gli esperti in occasione del recente convegno sui farmaci biologici e appropriatezza. «L'introduzione di queste terapie ha rappresentato una vera rivoluzione per i malati reumatici, incidendo molto favorevolmente sulla loro qualità di vita - spiega Giovanni Minisola, past President della Società di Reumatologia e primario di Reumatologia al S. Camillo di Roma - Sono terapie costose (un anno con biologici costa circa 10mila euro a paziente) tuttavia, il risparmio possibile erogandole agli ulteriori 100mila italiani che ne avrebbero bisogno e ora esclusi, abbatterebbe i costi indiretti pari a 1,7 mld di euro, aumentando la capacità lavorativa e la produttività delle persone colpite, con un risparmio di 1 mld di euro all'anno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

